



Atención de la conducta suicida en el municipio de La Pintada - Antioquia

Juan Fernando Gómez Hernández

Monografía presentada para optar al título de Especialista en Psicopatología y Estructuras
Clínicas

Tutor

Juan José Martínez, Doctor (PhD) en Psicoanálisis

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Especialización en Psicopatología y Estructuras Clínicas
Medellín, Antioquia, Colombia
2023

Cita	(Gómez Hernández, 2023)
Referencia	Gómez, J. (2023). <i>Atención de la conducta suicida en el municipio de La Pintada - Antioquia</i> [Trabajo de grado especialización]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



Especialización en Psicopatología y Estructuras Clínicas, Cohorte VI.

Grupo de Investigación Psicología, Psicoanálisis y Conexiones (Psyconex).

Centro de Investigaciones Sociales y Humanas (CISH).



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano/director: Alba Nelly Gómez García

Jefe de departamento: Alberto Ferrer Botero

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Tabla de contenido

Resumen	5
Abstrac	6
1 Planteamiento del problema.....	9
2 Justificación.....	19
3 Pregunta de investigación.....	21
4 Objetivos	22
4.1 Objetivo general	22
4.2 Objetivos específicos	22
5 Referente Conceptual	23
5.1 ¿A qué se le llama conducta suicida?	23
5.2 Relaciones entre conducta suicida y suicidio consumado	25
5.3 Hacia un concepto de salud mental: la salud, el bienestar y malestar	25
5.4 Las determinaciones sociales.....	28
5.5 Acerca de las políticas públicas	29
5.6 Prevención, promoción y atención en salud mental.....	30
5.7 Factores protectores y de riesgo.....	32
6 Metodología.....	34
6.1 Enfoque de investigación: Cualitativo	34
6.2 Diseño de Investigación: Estudio de caso.....	34
6.3 Tipo de muestreo y muestra	35
6.4 Técnicas de recolección de información	36
6.5 Procedimiento de recolección de información	36
6.6 Procedimiento y técnicas de análisis de información	36
6.7 Consideraciones éticas	37

7 Resultados38

8 Conclusiones42

9 Referencias44

Anexos.....48

Resumen

Los diferentes entes encargados del sistema de salud en Colombia, tales como el Ministerio de Salud y Protección Social, las Secretarías de Salud, las Direcciones Locales de Salud, Las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud y las Empresas Sociales del Estado han brindado atención a la conducta suicida desde la identificación de signos y síntomas clínicos que provoquen intento suicida o un riesgo grave de suicidio, dejando por fuera los determinantes sociales que producen cada una de las etapas de la conducta suicida como lo es la ideación suicida, la planeación, el intento suicida y el suicidio consumado. Sin embargo, la atención que se brinda es a partir del intento suicida, dejando por fuera la ideación y la planeación, etapas en las cuales se pudiese realizar prevención de dicha conducta.

El objetivo fue analizar la pertinencia de la implementación del Plan Decenal de Salud Mental, la Política Nacional de Salud Mental, guías y protocolos para la atención y prevención de la conducta suicida en el municipio de La Pintada, para lo cual se realizaron entrevistas semiestructuradas a diferentes representantes administrativos y operativos encargados de la salud mental del municipio y a través de ello, se pudo concluir que, con respecto a la atención de la conducta suicida, los profesionales no usan ninguna guía o modelo de atención y prevención, por lo tanto, tampoco se evidencia que estén siendo pertinentes las implementaciones del Plan Decenal de Salud Mental, la Política Pública de Salud Mental, guías o modelos para la atención y prevención de la conducta suicida por parte del gobierno local.

Palabras clave: Conducta suicida, suicidio, salud mental, determinación social.

Abstrac

The different entities responsible for the Colombia health system, such as the Ministry of Health and Social Protection, the Health Secretaries, the Local Health Directorates, the Health Promoting Entities, the Health Provider Institutions, and the State Social Enterprises have provided attention to suicidal behavior from the identification of clinical signs and symptoms that cause a suicide attempt or a serious risk of suicide, leaving aside the social determinants that produce each of the stages of suicidal behavior such as suicidal ideation, planning, suicide attempt and completed suicide. However, the care provided is only from the suicide attempt, leaving out ideation and planning, stages in which prevention of such conduct could be carried out.

The main objective was to analyze the relevance of the implementation of the Ten-Year Mental Health Plan, the National Mental Health Policy, guides and protocols for care and prevention of suicidal behavior in the municipality of La Pintada, for which semi-structured interviews were conducted with different administrative and operational representatives in charge of mental health in the municipality and through this, it was possible to conclude that: regarding to care for suicidal behavior, professionals do not use any guide or model for care and prevention of such behavior, therefore, there is no evidence that the implementations of the Ten-Year Mental Health Plan, the Mental Health Public Policy, guides or models for care and prevention of suicidal behavior by the local government are being relevant.

Keywords: Suicidal behavior, Suicide, Mental health, Social determination.

Introducción

La conducta suicida es una problemática de salud pública a nivel mundial con la que diferentes organismos han lidiado sin mostrar resultados alentadores. Estos organismos como la Organización Mundial de la Salud [OMS], y la Organización Panamericana de Salud [OPS], intentan brindar alternativas para que la conducta suicida, en cada uno de los países, vaya mostrando avances en su atención y prevención, por lo tanto, generan guías y protocolos de atención con el fin de ser implementados en cada uno de los países que deseen ejecutarlos, según ellos, con bases científicas que permitirían disminuir las cifras de intento suicida y suicidio consumado.

Para desarrollar la investigación, se debió precisar sobre los conceptos de conducta suicida y suicidio, pues se encontró dentro de la bibliografía revisada, que no había una claridad frente a ello. Según el boletín del Ministerio de salud (2018), la conducta suicida es “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (Cañón, 2011, Citado en la Encuesta Nacional de Salud Mental – [ENSM], 2015, p.230)

Para Jiménez (2010) los intentos de suicidio pueden ser muy distintos en la intencionalidad, en los preparativos, en la letalidad del método, el conocimiento del sujeto y en el grado de premeditación entre otros. Algunos intentos de suicidio tienen la intencionalidad de morir, otros como búsqueda de ayuda, como intentos de manipulación del entorno, como venganza.

Para hacerle frente a la conducta suicida y al suicidio consumado, el Estado Colombiano, ha desarrollado el Plan Decenal de Salud Mental y construyó la Política Nacional de Salud Mental, donde se proponen las estrategias que se encuentran en las guías y protocolos sugeridos por la OMS y la OPS, sin embargo, surge la pregunta de investigación ¿Qué tan pertinente es la implementación del Plan Decenal de Salud Mental, la Política Pública de Salud Mental, guías y modelos para la atención y prevención de la conducta suicida por parte del gobierno local?

Para intentar dar respuesta a la pregunta de investigación, inicialmente, se hizo necesario evidenciar el panorama epidemiológico en salud mental y de conducta suicida en el municipio de La Pintada en los últimos tres años, identificar las guías y modelos usados para la atención y prevención del suicidio y la conducta suicida en el municipio de La Pintada e indagar las estrategias

implementadas para la prevención y atención de la conducta suicida en el municipio y con esto, poder analizar la pertinencia en la implementación del plan decenal de salud mental, la política pública de salud mental, guías y protocolos para la atención y prevención de la conducta suicida.

Para cumplir con el objetivo de la monografía, se realiza una entrevista semiestructurada con el fin de recolectar información que permitiera generar una comparación con respecto a los lineamientos encontrados en las fuentes consultadas sobre la atención de la conducta suicida y posibilitara concluir sobre la pertinencia de la implementación del Plan Decenal de Salud Mental, la Política Pública de Salud Mental, guías y modelos para la atención y prevención de la conducta suicida por parte del gobierno local.

1 Planteamiento del problema

La conducta suicida a nivel mundial se ha intentado prevenir desde diferentes métodos y enfoques. Actualmente la Organización Mundial de la Salud, por medio de su guía LIVE LIFE “Vive la Vida”, ha tratado de sensibilizar a los países para que se ejecuten las intervenciones allí expuestas a modo de prevención, refiriendo de que estas acciones que se contemplan en la guía pueden contribuir a la disminución de la tentativa de suicidio. Dichas acciones que se presentan son la de restringir el acceso a los medios utilizados para suicidarse, educar a los medios de comunicación para que informen con responsabilidad sobre el suicidio, desarrollar en los adolescentes aptitudes socioemocionales para la vida y detectar a tiempo, evaluar y tratar a las personas que muestren conductas suicidas y hacerles un seguimiento. Sin embargo, la intención está dada para que el suicidio, el cual ha sido una de las grandes problemáticas de salud pública a nivel mundial pueda disminuir su cifra, ya que se estipula que quien ha intentado suicidarse, corre un mayor riesgo de llegar al suicidio consumado.

A pesar de los esfuerzos aunados de los entes entre los que cabe resaltar La Organización Mundial de Salud [OMS], Organización Panamericana de Salud [OPS], Ministerio de Salud y entes territoriales, para disminuir los factores de riesgos generadores de la conducta suicida y la prevención del suicidio derivada de esta, no se ha visualizado un logro frente a la disminución de las cifras, ya que para poder iniciar, al menos con un descenso en los casos, primero se debe conocer los principales factores de riesgo de la conducta suicida, (Jiménez, 2010) y así disminuir la cifra no solo de la conducta suicida sino del suicidio consumado, pues esto último, acarrea otros factores que afectan la salud pública en entornos familiares, escolares, comunidad y entornos cercanos; factores como sentimientos de estigma social, sentimientos de vergüenza, sentimientos de recriminación, de culpabilidad y propagación de la onda de shock del suicidio. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015).

Según la OMS (2021), al año se suicidan aproximadamente 700.000 personas a nivel mundial y por cada suicidio consumado hay miles de tentativas de intento suicida, siendo esta la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años. Adicional a esto, el 77% de los suicidios se presenta en países de bajos y medianos ingresos, contando que los métodos más utilizados de suicidio son por consumo de plaguicidas, ahorcamiento y disparo con arma de fuego. Siendo así, entonces hablar de miles de tentativas de intento suicida por cada suicidio, se convierte en una

operación matemática que permite imaginar una cifra estafalaria que arrojaría una problemática sin punto final, para Beatriz y Cols, citados por Jiménez (2010), se estima que alrededor del 6% de los intentos de suicidio graves se suicidan en los siguientes cinco años, y señalan que en ese riesgo, no se pudo encontrar diferencias entre aquellos que hicieron otro intento, de los que fallecieron y de los que no tuvieron otro episodio de conducta suicida. Esto quiere decir, que a pesar de que la conducta suicida puede desencadenar intento suicida o suicidio consumado, no es lo mismo, ni si quiera se debería catalogar dentro de la misma población a quien comete uno u otro acto. (Jiménez, 2010).

Colombia no se aleja de la realidad a nivel global, según Medicina Legal, en el año 2021, hubo aproximadamente 16.446 casos de intento suicida y 2595 decesos por suicidio, generando un aumento con respecto al 2020 donde hubo un total de 2379 decesos por suicidio, presentándose aumento del 9,08 %, Situación que sigue posicionando al suicidio en el 4º lugar de muertes violentas, después de los homicidios, eventos de transporte y muertes por accidente a nivel general de la población.

Para el departamento de Antioquia, en el año 2019 hubo un total de 443 suicidios, de los cuales fueron 341 hombres y 102 mujeres, lo que permite seguir llevando la estadística de la OMS (2021), donde refiere que de cada 4 hombres que se suicidan, lo hace 1 mujer. Por lo anterior, se puede decir que los hombres hacen parte de la población más vulnerable frente al suicidio y la mujeres frente a la conducta suicida, coherente frente a los datos históricos que demostró Durkheim (1858-1917), donde refiere que por cada 4 mujeres que estaban asiladas, existía un hombre. Adicional, de los datos en Colombia al 2015, tampoco existe mucha diferencia frente a lo que indica Durkheim; Según Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2015) “los datos históricos y otros estudios de corte sociológico, predominó el suicidio en personas con estado civil diferente a casadas o en unión libre, lo cual constata que los supuestos aportados por Emile Durkheim hacen más de 100 años se encuentran” (p. 471). La variable que se más ha evolucionado es con referencia a la edad, pues en el estudio de Durkheim, los mayores de 80 años eran los que más se suicidaban en la época, actualmente, según Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses son los jóvenes entre los 18 y 28 años y los adultos mayores; el mayor riesgo de suicidio de las personas de 70 años o más solo existe entre los hombres.

Con respecto a las cifras, Hawton (2000), citado por Jiménez (2010) en su tesis doctoral Diferencias en la conducta suicida estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio

consumado , refiere aspectos relevantes en la prevalencia de la conducta suicida en las mujeres y suicidio consumado en los hombres, defendiendo que la conducta suicida en las mujeres no están basadas en la motivación de muerte tanto como en los hombres, si no, que la conducta de las mujeres están encaminadas a conseguir la reacción de personas, advertir el peligro, algo que en los hombres no ocurre, pues su intención de muerte es mayor y los métodos usados son más contundentes que la de las mujeres. Hawton, enumera algunos motivos para dar una posible explicación sobre la mayor intencionalidad y letalidad con respecto a hombres y mujeres. Los aspectos familiares y el estado civil tienen un peso mayor en los hombres que en las mujeres, con la diferencia que los hijos y el embarazo se convierten en un factor protector adicional para las mujeres. Las enfermedades mentales también son consideradas un ítem relevante, pues los hombres muestran una mayor prevalencia en trastornos relacionados con tóxicos, de la personalidad y de la edad infantil y la mujer genera una tendencia en los trastornos afectivos siendo la depresión con más ponderación. El desempleo, las condiciones económicas y lo social afectivo también generan una brecha frente a la conducta suicida y el suicidio de ambos sexos.

En el año 2021, La Pintada, municipio que hace parte de la región del Suroeste Antioqueño, no presentó suicidios, sin embargo, y según el SIVIGILA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica) hubo 5 intentos suicidas, de los cuales fueron 4 intentos por mujeres y uno cometido por un hombre. Para el año 2020, hubo 3 intentos suicidas, de los cuales fueron 2 mujeres y un hombre. Para el año 2019, hubo 11 intentos suicidas (no se encontraron datos de discriminación). En los rangos de edad, se encuentra 1 entre los 13 y 18 años; 3 entre los 19 y los 26; y 4 entre los 27 y 59 años. Epidemiológicamente, las estadísticas van acorde con lo que dice la OMS, pues la población que más intenta suicidarse son las mujeres quienes lo intentan 4 veces más que los hombres, Teniendo en cuenta que La Pintada tiene un psicólogo para 8.500 habitantes aproximadamente, sería necesario analizar la capacidad que tiene dicho profesional para asumir el tratamiento indicado y hacer un seguimiento adecuado a estos casos de intento suicida.

Sobre la estadística nacional, regional y local, es importante aclarar que a nivel Colombia, el suicidio ha aumentado aproximadamente un 29% en la última década (2011-2021), de que Antioquia sea el segundo Departamento con más suicidios del país y que en La Pintada, en la última década (2011-2021), hubo 5 suicidios, llegando a una tasa en el 2015 del 35,4 por cien mil habitantes. Cifra que nos sigue mostrando que hay factores de riesgo, que en el territorio, aparentemente no se están abordando, por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas, de

alcohol, la violencia intrafamiliar o conflictos de pareja y aspectos laborales y educativos que imposibilitan que el individuo satisfaga las necesidades que exige la sociedad, como por ejemplo el ingreso a la universidad después de terminar el colegio, esto, debido a que en el municipio no existe una oferta amplia para el acceso a la educación superior. Frente a la empleabilidad, el municipio tiene como fuente económica, el turismo, pero no todos tienen la posibilidad de tener un local comercial, hotel, hostería o finca con el que se puede obtener ingresos y satisfacer las necesidades básicas, por lo tanto, podrían ser factores de riesgo para llegar a la conducta suicida o suicidio consumado. Sin embargo, se aclara que a pesar de ser factores de riesgo presentes en el municipio de La Pintada, no son un determinante potencial que lleve al suicidio, pero sí a trastornos mentales como ansiedad, depresión y trastorno bipolar afectivo, que son otro tipo de factor de riesgo para llegar a la conducta suicida y que implican un mayor riesgo debido a que en Colombia, los suicidios están dados por diferentes razones, entre ellas enfermedad física o mental, conflictos de pareja, razones económicas y desamor. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019).

Con los trastornos como factor de riesgo de la conducta suicida, indica Jiménez (2010) que la diferencia que presentan ambos sexos a la hora de pedir ayuda psicológica en las consultas de medicina general, posiblemente están influenciados por el hecho de que la efectividad de los programas de prevención en las tasas de detección y de tratamiento es mayor en mujeres. La respuesta a los tratamientos puede ser también distinta en los varones, posiblemente influenciado por un peor cumplimiento terapéutico o de las características propias de algunos tratamientos, como los que se basan en compartir problemas emocionales, en que los varones no suelen estar tan cómodos.

Es propicio entender que para prevenir el suicidio es importante partir de lo que es la conducta suicida y el suicidio como tal, pues esta diferencia, permite generar estrategias desde los entornos en los que acontece, tanto en el familiar, social, individual y cómo se afronta desde las entidades gubernamentales y nuestro sistema de salud, permitiendo disminuir los riesgos, ya que uno de los factores con más injerencia en el suicidio es quien ha intentado suicidarse, con una probabilidad de 38 veces más en comparación de quien nunca lo ha intentado. Por lo tanto, entender esta diferencia, permite aumentar los factores protectores y disminuir los factores de riesgo para minimizar el impacto negativo en las personas que comparten los mismos entornos de las víctimas, por tanto los daños ocasionados a la salud mental de sus respectivas familias, allegados y

comunidad serán de gran magnitud. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015).

Según el boletín del Ministerio de salud (2018), la conducta suicida es “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (Cañón, 2011, Citado en la Encuesta Nacional de Salud Mental – [ENSM], 2015, p.230)

Para Jiménez (2010) los intentos de suicidio pueden ser muy distintos en la intencionalidad, en los preparativos, en la letalidad del método, el conocimiento del sujeto y en el grado de premeditación entre otros. Algunos intentos de suicidio tienen la intencionalidad de morir, otros como búsqueda de ayuda, como intentos de manipulación del entorno, como venganza.

Desde la perspectiva sociológica, para Durkheim (1987), el suicidio es todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado” (p. 14) y refiere sobre la conducta suicida que “la tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes que de como resultado la muerte”. (p. 14)

Durkheim clasifica inicialmente, en tres los tipos de suicidios, entendiendo la sociedad en conjunto y no desde el individuo, por lo que la clasificación la realiza en base a la integración del individuo en la sociedad. Estos son: egoísta, altruista, anómico, posteriormente llegaría el fatalista. Esta clasificación, no es más que para posibilitar el entendimiento armónico de lo que es el suicidio más allá de lo individual. Se involucra a la sociedad como una forma de anomia, el desorden social, el vacío de la norma, la miseria moral en la que las sociedades se encuentran inmersas; muestra la sociedad como una patología que impulsa, que fuerza a los individuos a matarse.

A lo anterior se puede decir, bueno, existe una problemática individual, familiar y social con respecto a la noción de conducta suicida, entonces las acciones que deberían tener las entidades gubernamentales en materia de prevención y el sistema de salud, en materia de atención para minimizar la problemática de conducta suicida son acordes a la demanda de salud mental, pero no se logra disminuir las cifras de intento suicida, al contrario, según Medicina Legal, siguen aumentando. A pesar de que en Colombia existe la ley 1616 del 2013, donde se cataloga salud mental como un derecho fundamental; no hay una clara regulación al Sistema de Salud frente a esto, no se sensibilizó una adecuada articulación entre el sector salud y las empresas, instituciones

educativas, comunidad y demás entidades territoriales que deberían estar promoviendo dicho derecho; sin embargo, la problemática sigue. Ardón & Cubillos (2012) señalan que los avances en la formulación de políticas no obtienen los mejores resultados, debido a la fragilidad en la implementación de estas, a la falta de evaluación o a la fragmentación y a la dificultad para la articulación intersectorial.

De acuerdo con la más reciente Encuesta Nacional de Salud Mental (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), el 4% de la población colombiana sufre algún trastorno mental que requiere ayuda, de éstos casi el 75% no accede a servicios profesionales. En las conclusiones de la ENSM una de las barreras para el acceso a los servicios de salud mental, es la localización geográfica lejana o los costos para el transporte debido a las distancias que se deben recorrer se ponen en evidencia en este estudio como factores implicados en el no acceso real de los servicios; otros elementos también impactan el acceso efectivo a los servicios en salud mental como son las rutas de atención poco claras y desarticuladas con la atención primaria, la limitación de camas hospitalarias, la distancia geográfica de los servicios en zonas rurales, los horarios de atención y la falta de personal adecuadamente capacitado en salud mental.

En relación con lo anterior, hay una gran incertidumbre frente al fortalecimiento de la capacidad de desarrollo en materia de salud mental que se plantea en el Plan Decenal de Salud Pública [PDSP], pues uno de los factores que incide en las problemáticas sanitarias es la falta de profesionales en salud mental empleados y capacitados para dar atención clínica, según la revista Semana (2020) existen 11 psicólogos por cada 100.000 habitantes en comparación con países como Finlandia con 57 y Argentina con 200 para atender la misma cantidad de población. Frente a la empleabilidad, el 86% de los egresados en ciencias de la salud, entre ellos los psicólogos, logran emplearse en el primer año, sin embargo, no hay una cifra exacta de los profesionales en psicología que se estén desempeñando en el campo clínico y estén atendiendo los pacientes desde el sistema de salud. Frente a los psiquiatras, según la Asociación Colombiana de Psiquiatría y el registro RETHUS (Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud) existen 1.178 aproximadamente, lo que quiere decir 2,3 por 100.000 habitantes, por lo tanto, queda la incertidumbre con que eficiencia y eficacia se están atendiendo la salud mental en Colombia. Frente a esto último Ardón & Cubillos, (2012) indican que:

La perspectiva de los propios profesionales prestadores de servicios de salud mental, aunque se ha logrado un posicionamiento progresivo de la atención sanitaria en salud mental, además

del constante esfuerzo de los profesionales de salud mental por prestar sus servicios de manera ética, cálida, eficiente y con calidad, existen diversas deficiencias en la disponibilidad de recursos humanos y en la organización de la atención sanitaria en salud mental, que deberán ser subsanadas con la participación de la Secretaría de Salud para poder incidir de la mejor manera en la salud de los habitantes del país. (p.30).

Lo que quiere decir que, a pesar de tener profesionales en la atención, no alcanza el recurso humano para dar una atención eficiente y con calidad, por ende, se convierte en una problemática cada recaída que tiene un individuo que no se le da un acompañamiento efectivo por profesionales en salud mental. Es importante resaltar, que a pesar de estas falencias del sistema de salud y la carencia de profesionales para atender la salud mental; existen otras barreras comportamentales y actitudinales que influyen en una atención adecuada a la salud mental. Dentro de las barreras actitudinales podemos encontrar las asociadas con el estigma propio de la enfermedad mental, las creencias negativas sobre los sistemas de salud, la mala interpretación acerca de las consecuencias de los tratamientos, la escasa necesidad percibida de requerir ayuda y el auto estigma, los cuales limitan el acceso al servicio. En suma, podemos encontrar otro tipo de barreras de índole geográfica, económica y la falta de conocimiento sobre la oferta de servicios de atención a la salud mental, lo que quiere decir que, el desconocimiento de padecer un posible trastorno o enfermedad mental por diversas razones (como estigma, indiferencia, miedo, etc.), tiende a empeorar cuando hay demasiado tiempo para llegar al centro de atención, la distancia para llegar al centro asistencial es de difícil acceso (de zona rural a urbana) y la pobre información sobre la oferta de servicios brindada por las IPS y E.SE, lo que genera, en ocasiones, la necesidad de pagar con dinero propio la atención recibida en un lugar más cerca y disponible, derivando esto, que quien no tiene la manera y la solvencia económica de pagar, se le restringe la posibilidad de acceder a la atención. (Andrade et al, 2013)

Po otra parte, en el PDSP 2012- 2021 (p.44), se plantean unos objetivos que se orientan a la intervención de los factores de riesgo asociados a formas de violencia, trastornos mentales y problemas conexos (consumo de sustancias psicoactivas, violencia escolar, suicidio, epilepsia, etc.); al fortalecimiento de la capacidad de respuesta y de gestión institucional. La identificación de las necesidades, efectos y daños en las víctimas del conflicto armado que requieren atención psicosocial, sectorial y transectorial. Estos objetivos se siguen quedando en el papel pues, si bien

existe una oferta institucional en las grandes urbes y ciudades, sigue existiendo una dificultad para que la población sea atendida, primero, porque, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], en la última encuesta del 2018, revela que, aproximadamente hay un 74% de la población en las zonas urbanas a nivel nacional y 26% en zonas rurales. En municipios de 6ta categoría, los cuales son catalogados aquellos que tiene menos de 10.000 habitantes como La Pintada, que tiene menos de 10.000 habitantes y no posee ninguna vereda, corregimiento o centro poblado disperso, solo existe un psicólogo que realiza atención clínica y no existe ningún psiquiatra presencial, solo se realiza tele psiquiatría a los pacientes cada 3 meses aproximadamente. Segundo, porque a pesar de que el dicho Plan Decenal formulan nuevas estrategias que en su debido momento fueron consideradas como positivas, dejaron de tener credibilidad, para Rojas et al, (2018).

Las consideraciones estipuladas en el Plan Decenal 2012-2021 fueron tomadas de manera positiva por profesionales, académicos e instituciones de salud mental, quienes esperaban un cambio sustancial para la salud mental del país. Sin embargo, el acceso al servicio continuó limitado y no por ausencia de leyes y planes, sino por variables actitudinales, sociales y estructurales propias del sistema de salud, que no dieron los frutos esperados. (p. 132).

A consecuencia de las falencias que se presentan los entes de control como el Ministerio de Salud y Protección Social, Secretarías de Salud y Protección Social y las Direcciones Locales de Salud en la vigilancia de las leyes e implementación adecuada de las políticas públicas, guías, modelos de atención y variables actitudinales de atención en salud mental, se puede empezar, a profundizar en la atención y seguimiento al intento suicida. Según la Organización Panamericana de Salud (2018), el seguimiento a un intento suicida debe hacerse en los primeros dos meses siguientes a su ocurrencia, dos veces a la semana con el paciente o, en su defecto, una vez al paciente y una vez a la semana al cuidador; sin embargo, no existe una especificidad a quien le corresponde el seguimiento y vigilancia al seguimiento de un intento suicida. En el Plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021, del Ministerio de Salud y la subdirección de enfermedades no transmisibles, se contempla que se debe brindar asistencia técnica sobre la gestión integrada de la conducta suicida a los territorios (secretarías de salud) y realizar seguimiento a sus actividades, sin embargo, en entrevista con Participante 1 (2022), del municipio de La Pintada, su gestión es medida por ítems estadísticos que deben cumplir en un 95%, pero

cuando no se alcanza, las acciones se deben dar propiamente desde el territorio y no desde la asistencia técnica Nacional. En el Plan de Prevención también hace referencia a la conformación de mesas territoriales o comités intersectoriales para el monitoreo y seguimiento del Plan de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida, sin embargo, actualmente solo está activa la mesa de salud mental y no contempla en sus sesiones, abordar temas del Plan de Prevención de la conducta suicida.

En el Municipio de La Pintada, actualmente existen estrategias, que sin ir muy de la mano con el Plan de Prevención de la Conducta Suicida, se pueden resaltar, como por ejemplo el Plan de Intervenciones Colectivas [PIC], lo cual, es un programa de acciones en prevención en salud, dentro de las cuales existen acciones de prevención y promoción de la salud mental. Aclarando que dicho plan, es ejecutado por el psicólogo del hospital, el mismo que realiza las atenciones a los pacientes, lo que quiere decir, que hace atención y promoción a la vez, minimizando los tiempos de calidad tanto de la atención como de la promoción en salud mental.

Por último, podemos mencionar que según el boletín 06 del Ministerio de Salud y Protección Social (2018) todos los beneficiarios del Plan Obligatorio de Salud [POS] pueden tener hasta 60 sesiones terapéuticas ambulatorias (dicha cantidad varía según problemática o etapa del desarrollo) y hasta 180 días de atención con internación (varían según problemática y etapa del desarrollo); sin embargo, se sigue con la misma barrera para acceder a estos, Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP (2018) refieren que existen barreras de acceso a los servicios de salud mental, en parte explicadas por la escasez de psiquiatras y su concentración en las grandes ciudades y la imposibilidad de acceder a terapias psicológicas específicas (cognitiva-comportamental, interpersonal, de pareja, de familia y grupal), debido a que los profesionales con esta formación no son contratados por las instituciones de salud.

Siendo la conducta suicida una problemática de salud pública a nivel mundial y local, con cifras tan estrafalarias, nos podemos cuestionar ¿Qué tan pertinente es la implementación del plan decenal de salud mental, la política pública de salud mental, guías y protocolos para la atención y prevención de la conducta suicida por parte del gobierno local?

Es de precisar, que la pertinencia, hace parte de los atributos que se le otorgan a la calidad de atención en salud, haciendo referencia a la garantía que deberían tener los usuarios para que reciban los servicios que requieran (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social). De ahí surge la pregunta en cuanto al uso de las estrategias del plan decenal de salud mental, la política

pública de salud mental y la correcta aplicación de guías y modelos usados para la atención en salud mental.

2 Justificación

Existe una problemática de salud mental, muchas estrategias, pero poca ejecución e intervención de las autoridades competentes y sistema de salud. Existen unas acciones que al parecer no están dando los resultados suficientes, las cifras de los intentos suicidas suben cada año a nivel nacional y la mortalidad por el suicidio también. Hay acciones que no se ofrecen como: los grupos de apoyo, terapias para la readaptación social y ocupacional, programas de reinserción laboral y a pesar de que la ley 1616 y el Plan Decenal de Salud Pública plantean la rehabilitación social y laboral como un derecho, no se visualiza que las empresas públicas y privadas se encarguen de esto. Rojas-Bernal LA, et al (2018).

El Ministerio de Salud habla de procesos psicoeducativos, ajuste de la ruta de conducta suicida, desarrollo de capacidades de la Atención Primaria en Salud [APS] pero la realización de seguimiento y monitoreo de los casos se queda a medias, las capacitaciones a líderes comunales, contexto familiar, laboral y educativo no se ha dado y mucho menos se acoge a la población.

En Colombia, existe todo un diseño de estrategias en leyes, normas, protocolos y metodologías que no son funcionales por la falta de regulación e implementación y todo se hace por cumplir los parámetros con los que se mide cada Secretaria de Salud y Protección Social a nivel local y no por impactar a la población afectada. Dentro del Plan Decenal 2012 – 2021, se estipula la implementación de una política pública de salud mental que abarca problemáticas como la conducta suicida, pero los entes locales la implementan para cumplir con el Plan Decenal 2012 - 2021 y no para impactar a la población y mejorar sus condiciones de salud mental.

Sobre las atenciones de las Entidades Promotoras de Salud [EPS] y las Instituciones Prestadoras de Salud [IPS] a los intentos suicidas, las SSPS y DLS no tienen un eficiente control y supervisión a los casos, esto, porque ni siquiera cuentan con un profesional de la salud mental para la vigilancia epidemiológica de intento suicida y así, garantizar que las EPS e IPS le den la atención adecuada a quien haya cometido un intento suicidio o abarquen desde lo sistémico a su núcleo familiar.

En cuanto el Ministerio de Salud y Protección Social entiendan que en el ejercicio de la salud mental y lo que compete de la conducta suicida; la necesidad de sensibilizar a la población, capacitar a los profesionales no solo de la salud, sino a todos aquellos que hacen parte importante de la sociedad y se vigile, regule y se realice seguimiento de manera estricta a las EPS e IPS frente

a los casos de conducta suicida, podremos hablar de un abordaje de los factores de riesgo y disminuir los casos de manera significativa.

3 Pregunta de investigación

¿Qué tan pertinente es la implementación del plan decenal de salud mental, la política pública de salud mental, guías y modelos para la atención y prevención de la conducta suicida por parte del gobierno local?

4 Objetivos

4.1 Objetivo general

Analizar la pertinencia en la implementación del plan decenal de salud mental, la política pública de salud mental, guías y protocolos para la atención y prevención de la conducta suicida en el municipio de La Pintada.

4.2 Objetivos específicos

- Evidenciar el panorama epidemiológico en salud mental y de conducta suicida en el municipio de La Pintada en los últimos tres años.
- Identificar las guías y modelos usados para la atención y prevención del suicidio y la conducta suicida en el municipio de La Pintada.
- Indagar las estrategias implementadas para la prevención y atención de la conducta suicida en el municipio de La Pintada.

5 Referente Conceptual

En el presente apartado procuraremos ocuparnos de construir, de la mano de múltiples autores e investigadores, los conceptos que en nuestro trabajo serán cruciales para aproximarnos a una comprensión posible de la conducta suicida, con miras al establecimiento de un análisis que nos permita entender la pertinencia de las acciones dirigidas a la atención y prevención de dicho problema, a partir de la implementación de las políticas públicas en salud mental, presentes en el municipio de La Pintada.

Otros aspectos importantes que se trataran de abarcar son conceptos que giran en torno a la conducta suicida como la atención por parte del sistema de salud, acaparando la salud mental; pero también los determinantes sociales y como estos pueden ser o no, factores de riesgo o protectores en el proceso de la conducta suicida. Esta conceptualización estará acompañada desde la perspectiva psicológica, sociológica, política y otras ramas que se han tratado de encargar de la conducta suicida ya sea desde su estudio, de la atención y prevención.

5.1 ¿A qué se le llama conducta suicida?

Para el Ministerio de Salud y Protección Social, ente nacional encargado de la salud pública y mental de nuestro país, la conducta suicida es una secuencia de eventos que se da manera progresiva e inicia con pensamientos e ideas suicidas, seguido de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado. (Cañón Buitrago. Citado en la Encuesta Nacional de Salud Mental [ENSM], 2015).

En cada una de las etapas de la conducta suicida, existen unas manifestaciones que progresivamente pueden desencadenar y escalar a la siguiente, lo que quiere decir que, si hay un pensamiento o idea suicida, esto podría llevar a un plan y posterior a este plan conjuntamente con el pensamiento suicidada, podría llevar a uno o múltiples intentos suicidas e incluso llegar al suicidio consumado. En el aspecto de los pensamientos e ideas suicidas, se habla de un conjunto de pensamientos que expresan deseo o intencionalidad de morir, estas puede que no se manifiesten de manera escrita o verbal, pues hace parte de un pensamiento, fantasía o preconfiguración de su propia muerte. (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Además del deseo de morir, cuando se involucra un plan suicida, identificando como hacerlo, que método usar, en qué

lugar, la elaboración de notas o mensajes de despedida, implica un alto riesgo de intento suicida, este último se da como una conducta potencialmente lesiva auto-infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Para algunos psicólogos como Edwin S. Shneidman (1985), la conducta suicida más que una enfermedad mental, es un fuerte dolor psicológico (psychache) que resulta ser el mayor común denominador de este comportamiento. Con respecto a esto, en la literatura psicológica, existen dos grandes teorías donde el dolor psicológico juega un papel importante sobre la conducta suicida: la teoría sobre el suicidio propuesta por Shneidman (1998) y la teoría de tres pasos de Klonsky y May (2015). En la primera, se posiciona el dolor psicológico como la variable más relevante del suicidio, y afirma que la fuente del dolor psicológico es la frustración de las necesidades psicológicas, las cuales Shneidman, denomina como afiliación, neutralización, defensa, inviolabilidad, evitación de la vergüenza, socorro y orden y comprensión.

En la segunda teoría, Klonsky y May (2015), afirman que el primer paso para el desarrollo de la ideación suicida es el dolor, el cual en muchos casos es psicológico o emocional, ya que si el día a día de una persona está caracterizado por el dolor, se sentirá castigado por el hecho de vivir y disminuirá el propio deseo de vivir. Sin embargo, para que la ideación suicida se lleva a cabo, el sujeto necesita sentirse desesperanzado respecto al dolor que padece, lo que significa que el dolor, normalmente psicológico, no genera la ideación suicida por sí solo, sino que se necesita que el dolor psicológico y la desesperanza interactúen entre sí para dar lugar a la ideación suicida (Klonsky y May, 2015). Dentro de esta teoría, un segundo nivel abarca otro aspecto importante que hace referencia a la conectividad, entendida como una conexión del individuo con otra gente, con su trabajo, con su proyecto de vida y cualquier propósito de vida que tenga por el cual luchar.

Para Joiner (2005), la conducta suicida esta desencadenada por la falta de pertenecer y sentirse socialmente competente, esta última lleva a la persona a percibirse como una carga para los demás cuando no está cubierta, y acá, podemos abarcar la importancia de la autoderminación, la cual se denomina como “el bienestar psicológico que está relacionado con la percepción de un funcionamiento psicológico sano basado en la adecuada satisfacción de las necesidades psicológicas básicas (autonomía, relación y competencia), tres necesidades con un fuerte componente interpersonal y que, a su vez, han demostrado contribuir al riesgo de suicidio” (Britton, et al, 2014, p 362-371). Con respecto al bienestar generado por la conexión que tiene el individuo

con sus entornos y el propósito que le genera ese lazo social, nos ocuparemos más adelante desde el bienestar psicosocial.

5.2 Relaciones entre conducta suicida y suicidio consumado

La relación entre conducta suicida y suicidio, es que esta última se encuentra inmersa en la primera y sería el último paso en la escala secuencial de la conducta suicida que está dada inicialmente por la ideación, la planeación, el intento suicida y por último estaría el suicidio. Sin embargo, en este caso, podríamos relacionar los intentos suicidas con los suicidios visualizándolos como poblaciones heterogéneas. Jiménez (2010), refiere que cuando se dividen los intentos de suicidio en una escala de tres puntos según la intencionalidad del intento, se puede observar la similitud entre el grupo de máxima intencionalidad y el grupo de suicidios consumados.

5.3 Hacia un concepto de salud mental: la salud, el bienestar y malestar

La medicalización de la Teniendo en cuenta la concepción de que salud mental es un estado de bienestar en el que la persona es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad (OMS,2018), ha existido un problema para que el Estado mediante el Ministerio de Salud y Protección Social, sea garante de este este derecho fundamental y de minimizar los riesgos que impactan negativamente desde los determinantes sociales, esto, porque el gobierno opera como normalizador volviendo homogéneo el sufrimiento social y haciendo equiparables las víctimas a los vulnerables, a los pobres y a los excluidos. (Restrepo, 2012). Frente a lo anterior Restrepo (2012), sostiene:

Sociedad en la intervención de algunas problemáticas, individuos y poblaciones, a través de la naturalización de ciertos saberes de las ciencias sociales, humanas, políticas y de la salud pública, actúa y opera en desconocimiento de la verdad de estos sujetos y de la veracidad de estas problemáticas como fines y medios del Estado y, por lo tanto, mantiene en los ideales de justicia social y de atención diferencial formas de exclusión social que operan en nombre de las nociones de salud mental, vulnerabilidad y riesgo. (p. 47)

Lo que quiere decir, es que el Estado puede sentenciar leyes, normas o Políticas Públicas, pero si no se conoce realmente las problemáticas individuales o poblacionales, el impacto que se genera frente a la salud mental seguirán siendo unos de los factores de riesgo para que la conducta suicida vaya más allá del acto y pueda desencadenar un suicidio consumado.

Frente a una aproximación del concepto de salud mental desde la psicología en general, Gómez (2020), cita un texto del Colegio Colombiano de psicólogos del 2014, donde expone que la salud mental es “un fenómeno con diferentes grados de bienestar o deterioro psicológico, incluyendo aspectos sociales y culturales del individuo, sus recursos emocionales, cognitivos y conductuales para afrontar las dificultades de la cotidianidad y así contribuir a su comunidad” (p. 23). De este modo, Gómez (2020), refiere que es fundamental en el marco del concepto de salud mental, abordarlo desde dos enfoques de la psicología: el modelo de bienestar emocional – constructo de salud mental positiva– y la perspectiva psicosocial de Martín Baró, los cuales amplían las dimensiones de la salud mental respecto a las relaciones sociales. Por lo tanto, se proponen dos dimensiones para el abordaje del concepto de salud mental, el bienestar y la dimensión de las relaciones sociales, entendiendo que la primera alude tres tipos de bienestar, el emocional, psicológico y social, a los cuales se tendrá un acercamiento.

Acerca del concepto de bienestar emocional o subjetivo Gómez (2022) refiere que:

Se basa fundamentalmente en el cúmulo de experiencias placenteras, indicador de salud mental que para ciertos contextos no tendría aplicabilidad. Por ejemplo, la categoría calidad de vida, asociada a este modelo, señala que hay bienestar cuando se cuenta con ingresos económicos, acceso a salud, educación, entre otros, lo que, en países como Colombia, tiene unas barreras por todos conocidas. (p. 56).

Para el abordaje del bienestar psicológico Gómez (2022), trae los criterios que dan cuenta del esfuerzo para alcanzar el propio potencial y la autorrealización propuesto por Carol Ryff en 1989, los cuales son la autoaceptación, dominio del entorno, relaciones positivas con otros, crecimiento personal, autonomía y propósito en la vida. Adicional a esto, destaca que estos criterios solo se centran en el individuo dejando por fuera su entorno, por lo tanto, es propicio hablar entonces del bienestar social y que son descritos por Blanco y Díaz (2005), haciendo la salvedad de que en ellos todavía se identifica un énfasis en las capacidades subjetivas de las

personas con respecto a lo que perciben de la sociedad: Integración social, aceptación social, contribución social, actualización social y Coherencia social.

Estos modelos se ven enmarcados en el orden de las funciones psicológicas del individuo, por lo tanto, Gómez (2022) resalta la necesidad de ampliar la mirada teniendo en cuenta el enfoque psicosocial de Martín-Baró (1984), porque:

Recoge aspectos situados histórica y socialmente que permiten reconocer, por ejemplo, la violencia política en Colombia, condición social similar a la que describirá este autor respecto de la guerra en El Salvador y que, pese a la antigüedad del análisis, sigue siendo vigente para el contexto colombiano. (p. 58)

Frente a la importancia de involucrar un enfoque psicosocial al concepto de salud mental, se da primordialmente por lo que señala Gómez (2022, cita a Baró, 1984), donde refiere que “los trastornos mentales representan un problema que aqueja a unos cuantos, pero que en medio de la guerra lo más relevante no son precisamente los diagnósticos psicopatológicos, sino la pobreza y la exclusión social.” (p. 58)

Lo que nos atañe, es tener una visión del concepto de salud mental, abarcado desde la psicología general y no solo atravesado por el bienestar, sino también por la dimensión en relación con otras personas y grupos, aclarando que estas dimensiones se manifiestan “de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones (síntomas) y estados (síndromes)” (Baró. 1984. p.3).

Por último, queremos abordar el concepto de salud mental, definiendo dos conceptos que por muy similares tienen una connotación muy diferente y adicional, es el acercamiento que se tiene de salud mental desde la Política Nacional de Salud Mental de Colombia; allí se aborda la salud mental desde el problema mental y el trastorno mental, haciendo referencia al primero, en dicho documento, se describe como “el malestar y las dificultades en la interacción con los otros, que se generan por la vivencia de eventos estresantes y no son tan graves como un trastorno mental. En esta categoría se encuentran las consecuencias psicológicas de las experiencias traumáticas y las reacciones emocionales ante las pérdidas significativas tales como, síntomas depresivos y/o ansiosos, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, problemas de aprendizaje, problemas de comunicación, dificultades de socialización, conductas de riesgo

alimentario (no comer aunque se tenga hambre, malestar con el acto de comer, atracones, vómito después de comer) y alteraciones en el sueño, entre otros” (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p. 8).

Frente al trastorno mental, en la Política Pública, se cita al DSM V, para referenciar dicho concepto catalogándolo como:

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Se entiende así que los problemas mentales se diferencian de los trastornos mentales en la severidad de la sintomatología y el grado la disfuncionalidad psicosocial que originan. (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Política Nacional de Salud Mental, 2018, p. 8)

5.4 Las determinaciones sociales

La determinación social, surge en los años 70s, con ayuda de movimientos populares, especialmente en Latinoamérica y quienes estaban en contra de la salud pública clásica y en la cual se contempla bases conceptuales de clase social, ideología, salud-enfermedad como un proceso dialéctico y reproducción social. En este caso se refiere al carácter complejo de la salud y su construcción en relación dialéctica con factores estructurales (culturales, sociales, económicos, políticos, históricos) más allá de enfoques teórico-metodológicos que tratan los determinantes sociales de la salud de manera fragmentada y en aislamiento, cayendo incluso en relaciones mecanicistas de correlaciones y asociaciones. (Hernández, 2020, p.937)

Para Ruiz, citado por Hernández (2018), la perspectiva teórica de la determinación social y lo que compete el estudio de salud mental, se sugiere, retornar al sujeto como protagonista de la vida relacional colectiva y comprender la salud–enfermedad mental bajo cuatro principios en relación: reconocer los campos social, comunitario y político; saberse parte del contexto observado; lograr una comprensión y praxis compleja y dinámica; comprender la salud mental como una producción social, afectada por causas estructurales. (Ruiz, 2009)

En Colombia, para abarcar una problemática de salud mental, como la conducta suicida, se limita al tratamiento farmacológico, dejando aparte otras características importantes para favorecer la salud mental y disminuir los riesgos de conducta suicida; estas características como relaciones interpersonales y sociales en que cada sujeto se asienta, se construye y se desarrolla en forma integral y sostenible, entendido como un proceso que debe articular los aspectos humanos, sociales, políticos, económicos y ambientales, se deben incluir en una atención interdisciplinaria e interinstitucional con el fin de mejorar el bienestar psicológico, emocional y social de los individuos que se ven afectados en los contextos donde se desarrollan. (Cortina, 2000)

Por lo anterior, es necesario reconocer desde los campos social, comunitario y político que los determines sociales de la salud son una alternativa para que la medicina social/ salud colectiva pueda generar la superación del casualismo en salud pública y que sea visualizada como un proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades. (Almeida & Silva, 1999)

Dentro de la Política Nacional De salud Mental, manifiestan sobre los determinantes sociales:

El Plan de Acción sobre Salud Mental, la Organización Mundial de la Salud destaca que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales. Se definen así determinantes estructurales como la educación, el ingreso, la cohesión social, la etnia o el género, y determinantes intermedios como las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a los alimentos, los apoyos comunitarios, los comportamientos de las personas y las barreras para adoptar estilos de vida saludables. La evidencia latinoamericana corrobora lo anterior al indicar que, por lo general, el estatus socioeconómico se relaciona negativamente con indicadores de trastornos mentales, y la falta de escolaridad se relaciona con síntomas de depresión, intento de suicidio, trastornos mentales, del estado del ánimo y ansiedad. (p. 23)

5.5 Acerca de las políticas públicas

La Política Nacional de Salud Mental tiene como objetivo promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y

comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia. (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

El Instituto de Estudios del Ministerio Público (2013), cita que lo político en su dimensión decisonal, es aquello que es realizada por una sociedad, la cual es subsecuentemente implementada por ella (Pennings, Kema & Kleinnijenhuis, 2006). Y el carácter de público da a entender que aquellas disposiciones que se plasman en política pública, son la expresión de la elección colectiva (González, 1998); es decir, se sustentan en el campo de los intereses comunes, en la esfera pública. (p. 56).

Para la Procuraduría General de la Nación (2013), Las Políticas Públicas son reflejo de los ideales y anhelos de la sociedad, expresan los objetivos de bienestar colectivo y permiten entender hacia dónde se quiere orientar el desarrollo y cómo hacerlo, evidenciando lo que se pretende conseguir con la intervención pública y cómo se distribuyen las responsabilidades y recursos entre los actores sociales. Por lo tanto, no son solo documentos donde se consagran un sin número de listas de actividades a las cuales se les asigna un presupuesto, esto va más allá, pues se pretende que una política pública sea el camino donde con acciones se acerque al gobierno con la ciudadanía.

Con respecto a lo anterior, en el informe sobre Políticas y prestación de servicios de salud mental de la OMS (2001), se informa que 40% de los países no disponen de una política bien definida de salud mental; en 33% aproximadamente no funciona ningún programa de salud mental, menos aún política alguna; y 33% no han establecido ninguna política concreta en materia de sustancias psicoactivas. El 33% de los países no poseen un presupuesto específico para la salud mental dentro de su presupuesto global de salud pública; 33% de los países destinan menos de 1% de su presupuesto de salud pública a la salud mental, y el resto destina menos de 5% a ese aspecto.

5.6 Prevención, promoción y atención en salud mental

Entendiendo entonces la conducta suicida como un conjunto de eventos complejos y sistemáticos que inician con ideas y pensamientos suicidas a los que acude un individuo para auto infringirse dolor, daño o lesión física derivado de múltiples problemáticas de salud mental y determinantes sociales, es importante saber, como poder realizar una atención a esta conducta para lo cual, según DSM –V y el CIE 10, manuales diagnósticos y estadísticos, donde se considera que

la conducta suicida es un síntoma de malestar o trastorno emocional o mental, en el que se deben revisar presencia de síntomas emocionales o mentales con los que se pueda generar un diagnóstico, sin embargo, también se subraya la importancia de evaluar otras circunstancias psicosociales y los cuales deben ser consignados como diagnósticos relacionados en la historia clínica y desde luego, el respectivo manejo clínico del trastorno y la gestión intra e intersectorial para la intervención de las problemáticas psicosociales identificadas. (Colombia Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La PNSM (2018), define que la promoción:

Agrupar todas aquellas acciones intersectoriales orientadas al desarrollo de capacidades individuales, colectivas y poblacionales que reconozcan a los sujetos ejercer y gozar de los derechos, y por esta vía vivenciar una salud mental para afrontar los desafíos de la vida, trabajar y establecer relaciones significativas y contribuir a un tejido comunitario basado en relaciones de poder equitativas, dignas y justas para todas y todos (p. 26).

La PNSM (2018), define que la Prevención:

Se refiere a las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo y las dirigidas a detener su avance y atenuar sus consecuencias, una vez establecida. En salud mental, la prevención se enfoca primordialmente en la modificación de conductas y condiciones de riesgo en personas, familias y comunidades, tales como la vivencia de hechos traumáticos, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el bajo apoyo social y la disfuncionalidad familiar. (p. 28)

Algunas de las recomendaciones que propusieron los investigadores en la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), para mejorar la salud mental de los colombianos y que son expuestas en La Política Nacional de Salud Mental son:

1. Realizar actividades de promoción y prevención en salud mental a nivel individual, familiar y comunitario, en articulación con otros sectores corresponsables, en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud [MIAS].

2. Desarrollar acciones dirigidas a la transformación cultural en el largo plazo, realizar demanda inducida y gestión del conocimiento.

3. Intervenir los entornos en los diferentes ámbitos, implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, con participación intersectorial de todos los actores corresponsables de la salud mental, teniendo en cuenta los diferentes enfoques, realizar acciones para la detección temprana de problemas y trastornos mentales en los entornos.

4. Formular de protocolos y guías de práctica clínica.

5. Fortalecer las competencias del personal de salud y educación, desde la atención primaria en salud.

De acuerdo a lo anterior, es pertinente iniciar mirando el panorama que hay en nuestro país frente a la salud mental y las políticas públicas que existen para hacerle frente a la atención y prevención al suicidio y conducta suicida. Adicional, es importante mirar el papel que juegan las Entidades Promotoras de Salud [EPS] encargadas de afiliación, el registro de los afiliados y garantizar el acceso a los beneficios del Plan Obligatorio en Salud [POS]. Las Instituciones Prestadoras de Servicio [IPS] y la Empresa Social del Estado [E.S.E], encargadas de la atención en salud de los ciudadanos. Por último, está la función del Ministerio de Salud y Protección Social y Las Direcciones de Salud Local, encargadas de la vigilancia y control de las EPS, IPS y Las E.S.E.

5.7 Factores protectores y de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud (Senado Dumoy, Justo.1999), sería clave abarcar desde los sistemas sanitarios y la sociedad hasta los niveles comunitario, relacional e individual, esos factores de riesgo como lo son la barreras de acceso a la atención de salud, las catástrofes, las guerras y los conflictos, los intentos de suicidio anteriores, etc. (OPS,2021).

Para la Organización Panamericana de Salud [OPS] es importante mitigar los factores de riesgo, reducir los medios de suicidio y potenciar los factores de protección para fomentar la resiliencia y estos intentos suicidas puedan reducir de manera eficaz las tasas de suicidio (2021).

Los factores protectores de acuerdo a Valdés (1994), son aquellos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo o de tener consecuencias negativas cuando se involucran en ellas, estos factores cumplen una función beneficiosa o de protección en el estado de salud del individuo, ayudándolo a su adaptación al ambiente físico y social. La OPS (2021) refiere que algunos factores de protección que disminuyen la probabilidad de conducta suicida son las relaciones personales sólidas, las creencias religiosas o espirituales y las estrategias de afrontamiento y prácticas de bienestar positivas.

El Estado Colombiano, para mitigar los factores de riesgo, especialmente cerrar las brechas que hay en el acceso a la atención de salud mental, propone la Política Pública de Salud Mental la cual tiene como objetivo promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

6 Metodología

6.1 Enfoque de investigación: Cualitativo

La investigación cualitativa es un método de estudio que se propone evaluar, ponderar e interpretar información obtenida a través de recursos como entrevistas, conversaciones, registros, memorias, entre otros, con el propósito de indagar en su significado profundo. Se trata de un modelo de investigación de uso extendido en las ciencias sociales, basado en la apreciación e interpretación de las cosas en su contexto natural. Así, se distingue de otras formas de investigación, tales como la investigación cuantitativa, orientada a estudios sobre la base de abstracciones numéricas o estadísticas. Se distingue también de los modelos clásicos científicos, enfocados en la observación empírica a partir de experimentos.

La investigación cualitativa, dentro del desarrollo de la monografía, permite usar herramientas como las entrevistas, evaluar causas e interpretar fenómenos que conllevan a generar una hipótesis conceptual sobre las atenciones de la conducta suicida en el municipio de La Pintada. Adicional a esto, el propósito de la monografía es reconocer las guías y estrategias que son usadas para la atención de la conducta suicida, las cuales pueden ser abordadas desde indagaciones que generen un significado profundo de la atención de la conducta suicida en su contexto natural, en este caso, en el sector salud.

6.2 Diseño de Investigación: Estudio de caso

Se refiere a la recolección de datos, el análisis y la presentación detallada y estructurada de información sobre un individuo, un grupo o una institución. La información proviene de diferentes fuentes e incluye la visión de los mismos sujetos. Estos estudios producen mucha más información detallada acerca de un caso que la que se puede adquirir por medio de métodos estadísticos y son esenciales para entender el comportamiento humano, comprender una actividad humana requiere que la observemos a largo tiempo, el contexto en el cual se desarrolla, la configuración de factores sociales que hacen la que situación ocurra y la forma como estos factores interactúan (Galeano, 2004). La importancia del estudio de caso en la investigación es que permite, desde su carácter holístico, analizar dichos factores desde diferentes perspectivas como la cultural, social,

psicológica e individual, generando una mirada más amplia de la problemática de la atención de la conducta suicida en el Municipio de la Pintada (Galeano, 2004).

La conducta suicida es una problemática universal, pero se manifiesta como problema de salud pública de diferentes maneras, según unas variables y condiciones, entre ellas, la atención en salud mental y las acciones de promoción y prevención que realizan el Estado y los entes garantes de la atención en salud, por lo tanto, el estudio de caso, permite reconocer el fenómeno y cómo se usan las guías y protocolos por partes de los entes locales de salud para una adecuada atención a la conducta suicida.

Dado que una de las intenciones del estudio de caso es elaborar una serie de hipótesis y teorías con respecto a un fenómeno, este sería pertinente para abordar la atención de la conducta suicida en el municipio de La Pintada, porque existen múltiples variables, situaciones y circunstancias que permitirían llegar a una hipótesis central y, con esto, al final, poder obtener una descripción exhaustiva y cualitativa de la situación presentada en el territorio.

6.3 Tipo de muestreo y muestra

Población: La población incluye a todo el personal que está involucrado, directa o indirectamente, con la atención de la conducta suicida en el municipio de La Pintada.

Muestreo: La muestra estará conformada por el Director Local de Salud, el Secretario de Salud y Protección Social, un representante de la EPS SAVIA y personal de atención de la E.S.E Antonio Roldan como psicólogo, personal médico y enfermeras.

El tipo de muestreo será no probabilístico, dado que la selección de la muestra se hace en función del logro de los objetivos de la investigación sin que medien intereses de generalización soportados por un fundamento estadístico, dado que el análisis del caso tiene una representación cualitativa.

Criterios de inclusión:

- Ser parte del sector salud en el municipio de La Pintada, ya sea desde lo administrativo u operativo.
- Estar vinculado actualmente a los entes territoriales que atienden la conducta suicida directa o indirectamente.

Criterios de exclusión:

- Haber presentado conducta suicida en el municipio, ya que no se cuenta con los recursos necesarios para realizar un proceso de atención y contención, en caso de que se presente una crisis.

6.4 Técnicas de recolección de información

Se utilizará como técnica la entrevista semiestructurada, ya que presenta un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas que pueden ajustarse a los entrevistados con base en las respuestas que estos vayan aportando. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz-Bravo, 2013).

Adicional, también se realizará un reconocimiento documental de los protocolos, guías de atención, política pública, rutas de atención y otros documentos a nivel local, departamental y nacional que den cuenta sobre la atención de la conducta suicida.

6.5 Procedimiento de recolección de información

Inicialmente se contactará al personal con el que se pretende realizar la entrevista con el fin de evaluar la posibilidad de participar en la investigación dando las indicaciones, motivos y todo lo concerniente al consentimiento informado. Posteriormente, se realizará la entrevista a cada uno de los actores en orden jerárquico, iniciando con las autoridades competentes como es la Secretaría de Salud y Protección Social y la Dirección Local de Salud del municipio. Luego, se entrevistará al personal de la salud como el psicólogo, médicos y enfermeras. Se finalizaría con el representante de la EPS Savia Salud para La Pintada. Para tener una mejor capacidad de recolectar la información brindada, se realizará grabación de las entrevistas y, posteriormente, su transcripción.

6.6 Procedimiento y técnicas de análisis de información

La información se analizará por medio de la categorización y codificación, lo que permite realizar un proceso de análisis que consiste en identificar aquella información de las fuentes documentales y de la transcripción de las entrevistas que ilustra una idea temática relacionada con el material obtenido, presentado como abreviación de la idea y adquirir información relevante desde los datos (audios, registros narrativos, entre otros) para agruparlos en función de características pertinentes al objeto de investigación. (Gibbs. 2007).

6.7 Consideraciones éticas

Para las consideraciones éticas, se tiene en cuenta el Código Ético y Deontológico para el quehacer investigativo del psicólogo (Ley 1090 de 2006) y la Resolución que expone los parámetros que rigen la investigación en salud, por lo tanto, se traen a colación aquellas consideraciones que son pertinentes para la investigación sobre la atención de la conducta suicida en el municipio de La Pintada.

Adicional a lo anterior, es importante, desde el quehacer de la investigación, basarse en los principios de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar, los derechos de quien participe en la investigación y proteger los datos personales y confidencialidad de aquellos que de alguna manera sean involucrados, por medio del consentimiento informado, a la investigación. (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social).

Por último, dentro de las consideraciones éticas de la investigación, es necesario aclarar a los participantes de las técnicas, métodos de investigación y que sobre esto no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio y además, que no existe, dentro de la investigación, ningún conflicto de interés personal, económico, político o social.

7 Resultados

Para este apartado hemos contado con la realización de entrevistas semiestructuradas a diferentes actores importantes en el marco del discurso de la salud pública en el municipio de La Pintada, que están en función de la aplicación y coordinación de las estrategias de prevención y promoción de la salud mental y conducta suicida enmarcadas en la política Pública de Salud Mental, el plan decenal de salud mental, guías y modelos de atención, además de aquellos que están relacionados directamente con la atención en salud.

Las preguntas que fueron formuladas para la puesta en marcha de la investigación pueden ser consultadas en los anexos y nos hemos servido de estas para el análisis de nuestros objetivos trazados desde el principio.

En primer lugar, nos ocuparemos de dar cuenta de los resultados relativos al panorama epidemiológico en salud mental y de conducta suicida del municipio de La Pintada en los últimos tres años. Sobre esta cuestión hemos hallado que el personal de atención, como médicos y psicólogos tiene claro cuál es el panorama epidemiológico dada las atenciones que brindan a los diferentes pacientes que ingresan por autorización de la EPS, sin embargo, el personal administrativo, no tiene un conocimiento profundo sobre las problemáticas de salud mental del municipio de La Pintada, pues se habla del concepto de salud mental, pero no en los problemas y afecciones que esto representa no solo a nivel individual, si no a nivel social.

Para el personal de atención, al cual dentro del cuestionario de la entrevista se le preguntó sobre el panorama epidemiológico en el municipio de La Pintada, a lo que se respondió que está dado por trastornos como la depresión, la ansiedad y el trastorno afectivo bipolar; para este último, según lo refiere el participante 2, se ha concluido en una investigación realizada por la Universidad de Antioquia, que en el municipio de La Pintada, región del suroeste Antioqueño, el TAB se da más que todo por carga genética heredada y no por situaciones perturbadoras en el transcurso de vida. De esto, no se profundiza debido a que no se encontró dicha investigación. En síntesis, para el personal de atención hospitalaria, los trastornos mentales son los que afectan la salud mental de los Pintadeños.

Con respecto al personal administrativo al preguntarle sobre el panorama epidemiológico del municipio de La Pintada, manifiesta que el intento suicida no es una de las mayores problemáticas a nivel de salud pública en el municipio, pero que el tema mental está dada por

diferentes situaciones, las cuales no se aclara o específica, sino que son generalizadas, lo que quiere decir que no hay un conocimiento específico de las problemáticas en salud mental que existen en el municipio pero se reconoce que si hay.

De lo anterior, podemos deducir que se sabe que hay un problema de salud mental, pero no se sabe cuál es el problema y a pesar de que en la Política Pública de Salud Mental municipal, diseñada por la Secretaría de Salud y Protección Social (SSPS), se estipula que en el 2019, las tres principales problemáticas de salud mental atendidas estaban dadas por violencia intrafamiliar, enfermedades mentales e intentos suicidas, el personal administrativo, no reconoce estas como problemáticas importantes. (Secretaría de Salud y Protección Social, 2021).

Desde las atenciones psicológicas y psiquiátricas, según el participante 2, hay actualmente 76 pacientes atendidos por psicología y 112 por psiquiatría, de los cuales por psicología se atiende aproximadamente dos veces al mes y en psiquiatría, según la problemática, una vez cada tres meses por tele psiquiatría.

Frente a las guías y modelos usados para la atención y prevención de la conducta suicida en el municipio de La Pintada, se pudo constatar, mediante la entrevista realizada, que el personal de atención hospitalaria, desconoce el modelo de atención de eventos emergentes en salud mental del MSPS y la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida, brindada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Según el participante 2, el hospital no cuenta con una guía o modelo de atención, pero tampoco se usa la que estipula el MSPS. A pesar de no tener un conocimiento específico de las guías y modelos, se encontró que el personal brinda un tratamiento como psicoterapia individual, acompañamiento familiar y tratamiento médico desde el conocimiento general y en cada una de sus profesiones, pero no un tratamiento específico desde las guías y modelos de atención (participante 3).

Para la prevención de la conducta suicida o detención temprana, el participante 3, refiere que se hace una detención temprana a la conducta suicida o enfermedades que pudiesen derivar en la conducta y se determina, según su gravedad, remitir a especialistas como psicólogo o psiquiatra, pero como en ocasiones son demoradas, inician con farmacología. Adicional, frente a la prevención y promoción de la conducta suicida, los palpitanes indican que existen varias estrategias desde el Plan de Intervenciones Colectivas PIC, las cuales son talleres o campañas con los cuales se pueden

forjar factores protectores, implementar dispositivos comunitarios y capacitar a la población con respecto a la conducta suicida.

Dentro de las estrategias que se implementan en el PIC, hay otras dentro del plan decenal y la política pública de salud mental, de las cuales no se tiene mucho conocimiento por parte de los participantes entrevistados, pues refieren que directamente nunca han recibido una capacitación sobre estas estrategias que están en los diferentes documentos anteriormente mencionados y que el conocimiento adquirido frente a esto está dado por iniciativa propia de participar en diplomados y otros cursos.

A pesar, que en el plan decenal habla de capacitaciones como una estrategia para mejorar las condiciones de salud mental y prevenir la conducta suicida, no se evidencia que se haya efectuado, adicional, no hay un presupuesto para la ejecución de la política pública municipal a pesar que dentro de esta misma existe un compromiso el cual refiere:

La Administración Municipal adelantará las gestiones necesarias para contar con fuentes de financiación provenientes de la cooperación internacional y/o del Gobierno Nacional, el Alcalde Municipal o quien sea delegado promoverá la colaboración de instituciones privadas y comunitarias en la aplicación de la Política Pública de Salud Mental y la Política Integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas. (SSPS. 2021. p.66)

Las estrategias están dadas desde la política pública municipal y el PIC, sin embargo, la mesa de salud mental, donde se toman decisiones frente a las problemáticas de salud mental, no está en funcionamiento a pesar de estar constituida, por lo tanto, las estrategias se dan desde el escritorio sin permitir que los diferentes actores que componen la mesa, participen en la planeación e implementación de estas estrategias que actualmente se realizan en el municipio de La Pintada.

Dado lo anterior, los diferentes participantes consideran que, si se han realizado las estrategias, como talleres y campañas, pero que deberían ser más fortalecidas. El PIC, desde donde se ejecutan estas estrategias de prevención de conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, tiene unas actividades previas y elegidas desde la Gobernación de Antioquia, las cuales, según el participante 2, están dirigidas a generar entornos saludables, involucramiento parental y

habilidades para la vida, pero que tanto el PIC y la política pública de salud mental, para darle un cumplimiento efectivo y pertinente, necesita ser financiado o de lo contrario quedaría en papel.

En el municipio de La Pintada, quien se encarga de salud pública, también es el encargado de las atenciones clínicas frente a la salud mental, por lo que se le dificulta darles cumplimiento a ambas, manifestando así, que las atenciones en ocasiones debe reducirlas en tiempo para dar cumplimiento a otras labores, queriendo decir, que es menos eficaz y eficiente los procesos terapéuticos debido a sus otros compromisos.

8 Conclusiones

Es importante iniciar en este apartado introduciendo la concepción que se tiene sobre salud mental y conducta suicida por parte de los participantes de las entrevistas, esto, porque nos permitió confrontar la percepción de quienes están al frente de la atención y prevención de la conducta suicida y se logró evidenciar que lo que se entiende por conducta suicida está dado por lo que es el intento suicida, las agresiones y autolesiones a si mismo con o sin intención de muerte, dejando por fuera la ideación y planeación, categorías que abarca la conducta suicida.

Frente al concepto de salud mental, la percepción va más enmarcada a la presencia de signos y síntomas generados por la exposición a un evento traumático o estresante más que a un determinante social, lo que nos permite inferir, que hay unas falencias conceptuales frente al trastorno mental en el sistema de salud es como si fuera una enfermedad únicamente para tratarla en segundo o tercer nivel de atención, y como no hay suficiente recurso humano para atenderla en el nivel primario, entonces los problemas se cronifican. (Hernández, 2015).

Esta concepción que refieren los participantes de la investigación no está por fuera de la realidad, incluso en el discurso que dan otros investigadores, la conducta suicida esta reseñada en función del suicidio, dejando por fuera la ideación y la planeación del comportamiento suicida.

De acuerdo con las entrevistas realizadas y los referentes teóricos revisados, se pudo analizar que a pesar de la existencia de una Política Pública Nacional y Local de salud mental y un Plan Decenal, estos no son usados para la implementación de estrategias que permitan mitigar o minimizar la conducta suicida y los problemas de salud mental que desencadenan en esta. Adicional a esto, a pesar de que haya guías, modelos y protocolos para la atención y seguimiento de la conducta suicida, son desconocidos o no son utilizados por el personal de atención primaria en el hospital.

A pesar de lo anterior, existen en el municipio ciertas actividades, en su gran mayoría talleres, campañas radiales y de promoción, tratando, al menos, de reducir las cifras de conducta suicida y brindar las herramientas para la atención adecuada de esta. Con respecto a la atención de la conducta suicida, los profesionales no usan ninguna guía o modelo de atención y prevención de la conducta suicida, por lo tanto, en la investigación de estudio de caso, no se evidencia que este siendo pertinente la implementación del plan decenal de salud mental, la política pública de salud

mental, guías y modelos para la atención y prevención de la conducta suicida por parte del gobierno local.

En esta medida, podría decirse que la gestión, articulación y ejecución de estrategias se han visto afectadas por la poca participación social en la toma de decisiones con respecto a la atención y prevención de la conducta suicida en el territorio y las diferentes demandas en salud mental que se desarrolla en este. Por lo tanto, es probable que en la ejecución “se logren representaciones parciales y que, en este sentido, se corra siempre el riesgo de hacer esta gestión desde la “tecnocracia” o desde el “populismo inmediateista”, sin lograr un impacto en la salud mental de las poblaciones.” (Hernández, 2015, p.8).

9 Referencias

- Alcaldía de Bogotá. (2021) *¿Cuál es la diferencia entre una IPS y una EPS?* <http://bit.ly/3YoXjJW>
- Almeida N., Silva Paim J (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad Med Soc*; 75:5-30.
- Andrade, L., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J., Al-Hamzawi A., Borges, G., Kessler R., (2014). Barreras para el tratamiento de la salud mental: resultados de las encuestas mundiales de salud mental de la OMS. *Medicina Psicológica*, 44 (6), 1303-1317. <https://doi.org/jvvk>
- Antón-San-Martín, J. M., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M.-T., de-Diego-Otero Y., Benítez-Parejo, N., López-Calvo. A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. 29(3), 810-815. *Revista de investigación en Psicología*. <https://doi.org/b8td>
- Ardón-Centeno, N., & Cubillos-Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 12-38. <http://bit.ly/3JEOaZI>
- Britton, P. C., Van Orden, K. A., Hirsch, J. K., & Williams, G. C. (2014). Necesidades Psicológicas Básicas, Ideación Suicida, y riesgo de comportamiento suicida en adultos jóvenes. *American Association of Suicidology*. 44(4), 362-371. <https://doi.org/f6m7r8>
- Campos, C., Peris, M., & Galeano, M (2011). Factores protectores y de riesgo en alumnos de una institución pública y otra privada. *Eureka (Asunción) en Línea*, 8(1), 114-133. <https://bit.ly/3DJ6z3R>
- Capdevila, O. G., Franco, M. G., & Perdomo, J. C. (abril de 2012). Consideraciones éticas en la investigación pedagógica: una aproximación necesaria. *Edumecentro*, 4(1), 1-5. <https://bit.ly/317yB2p>
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). *Resolución número 8430 de 1993 (04 de octubre)*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Minsalud avanza en acciones para la prevención del suicidio. Boletín de Prensa No 695 de 2020*. Ministerio de Salud y Protección Social.

-
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Ley 1616 del 2013 (16 de enero)*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Modelo atención eventos emergentes salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Boletín de salud mental conducta suicida*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Subdirección de enfermedades no transmisibles (2018). *Boletín de salud mental oferta y acceso a servicios en salud mental en Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Colombia. Congreso de la Republica. (s.f.). *Constitución Política de Colombia artículo 49 (1991)*. Congreso de la Republica.
- Cortina A. (2000). *El mundo de los valores: ética mínima y educación (2ª edición)*. Editorial El Búho. p. 142
- Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2022). *Censo Nacional de Población y Vivienda 2018*. DANE.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). *Políticas Salud Mental y SPA*. <http://bit.ly/3JPloFN>
- Díaz-Bravo, Laura., Torruco-García, Uri., Martínez-Hernández, Mildred., & Varela-Ruiz, Margarita. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. <https://bit.ly/3HFzI0Y>
- Durkheim, E. (1897/1982). *El suicidio*. Madrid.
- Durkheim, E. (1858-1917). *Los factores extrasociales*.
- Gibbs G. (2007). Analyzing Qualitative Data. *Analyzing Qualitative Data*, 1-176.
- Hernández-Holguín, M. (2018). Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de construcción de paz en Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3):929-942, 2020. <https://doi.org/fjss>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2015). *Violencia autoinfringida, desde un enfoque forense*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Jiménez, G. (2010). *Diferencias En La Conducta Suicida Estudio Comparativo Entre Los Intentos De Suicidio Y Suicidio Consumado* [tesis de doctorado, Universidad Autónoma De Madrid]. Madrid.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press
- Klonsky, E., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://bit.ly/3HZDgfs>
- Klonsky, E., May, A., & Saffer, B. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307–330. <https://doi.org/gd3vjb>
- Martín-Baró, I. (1984). *Guerra y salud mental*. Estudios Centroamericanos, 429/430, 503-514.
- Medin, M., Velásquez, A. V., Ribero, O. J., & Trujillo, N. (2018). Costos médicos directos por intento de suicidio en pacientes del hospital mental de Antioquia. *Colombia. Panam Salud*, 1-8. <https://doi.org/jvv8>
- Miranda, B. C., Sánchez, M. H., & García, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 1-100. <https://bit.ly/3ljFqOk>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). *Suicidio: datos y cifras*. <http://bit.ly/40z44uG>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Políticas y prestación de servicios de salud mental*. <http://bit.ly/3YdKylL>
- Organización Panamericana de Salud [OPS]. (2020). *Prevención del suicidio*. <http://bit.ly/3DNLIMH>
- Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497–8. <https://doi.org/10.7705/biomedica.2214>
- Restrepo-Espinosa, M. (2012). Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 39-55. <https://bit.ly/3jwpDvm>
- Rojas-Bernal LA., Castaño-Pérez GA. & Restrepo-Bernal DP (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev CES Med*, 32(2): 129-140.
- Ruiz-Eslava, L. (2009). La salud mental vista desde la medicina social latinoamericana. *Investigaciones En Seguridad Social Y Salud*, 11, 131–142. <https://doi.org/jvxp>

-
- Salvador, I. R. (2018). *Estudio de caso: características, objetivos y metodología*.
<http://bit.ly/3K65bML>
- Senado, J. (1999). Los factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 446-452. <https://bit.ly/3JRYwW7>
- Semana. (2020). Colombia: un país con profundas necesidades emocionales. En *Semana*.
<http://bit.ly/3RFDFXV>
- Shneidman E.(1985) *Definition of suicide*. Regina Ryan Books
- Shneidman, E. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145–147. <https://doi.org/c3k3rn>
- Shneidman, E. (1998). Perspective on suicidology: Further reflections on suicide and psychache. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 245–250. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1998.tb00854.x>
- Tobón, M. (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 23(1), 149-161. <http://bit.ly/3Yf6blK>
- Universidad de Antioquia. (s.f.). *Mejor oportunidad en la atención en Psiquiatría, una realidad con la Telesalud*. <http://bit.ly/3DRhcSe>

Anexos

Administrativo

- ¿Para usted que es la conducta suicida?
- ¿Para usted que es salud mental?
- ¿Ha recibido alguna vez capacitación o asesoría sobre salud mental y conducta suicida por parte de los entes nacionales y/o gubernamentales?
- ¿Cuál es el panorama de salud mental en la pintada y cuál es la afección que más se evidencia?
- ¿Cuál es el presupuesto para dar atención a la conducta suicida y salud mental del municipio?
- ¿Cuál es la cantidad de psicólogos y psiquiatras con los que cuenta el municipio para la atención en salud mental?
- ¿Qué vigilancia realizan ustedes a las EPS y E.S.E para garantizar la atención adecuada a los trastornos mentales y conducta suicida?
- ¿Qué se realiza actualmente en el municipio para la promoción y prevención de la conducta suicida?
- ¿Cuenta el municipio actualmente con política pública de salud mental? ¿Se encuentra en ejecución?
- ¿Actualmente existe la mesa municipal de salud mental y se encuentra activa?
- ¿Considera que se ha implementado las estrategias de la política pública de salud mental y del plan decenal de una manera efectiva y pertinente? ¿Sabe cuáles son esas estrategias?
- ¿Hay dispositivos comunitarios organizados y capacitados para la atención de la conducta suicida?
- ¿Cuáles son las estrategias de atención y prevención de la conducta suicida que tiene el municipio?

Médico y psicólogo

- ¿Para usted que es la conducta suicida?
- ¿Para usted que es salud mental?

- ¿Cuál es la atención y el tratamiento que les dan a los pacientes que ingresan con intento suicida?
- ¿A cuántas sesiones tiene derecho un paciente con intento suicida?
- ¿Existe algún modelo o protocolo que se use en hospital para atender estos casos?
- ¿Se han fortalecido las competencias del personal de salud y educación, desde la atención primaria en salud?
- ¿Se le hace seguimiento a estos casos? ¿Qué ruta se activa cuando se presenta un evento de intento suicida?
- ¿Hace el hospital actividades de prevención y promoción de la conducta suicida?
- ¿Cuál es la atención que más se brinda por parte de la E.S.E en salud mental?
- ¿Cuáles son los síntomas y signos que se evalúan en los casos de intento suicida?
- ¿Cuáles son las estrategias de atención y prevención de la conducta suicida que tiene el hospital?
- ¿Considera que se ha implementado las estrategias de la política pública de salud mental y del plan decenal de una manera efectiva y pertinente? ¿Sabe cuáles son esas estrategias?

Savia

- ¿Para usted que es la conducta suicida?
- ¿Para usted que es salud mental?
- ¿Cuál es la prioridad que se tienen para un paciente con conducta suicida?
- ¿A cuántas sesiones tiene derecho un paciente con afecciones de salud mental?
- ¿Cuántas solicitudes de atención por psiquiatría se tienen de trastornos como depresión, ansiedad o TBA?
- ¿Cuánto tiempo se tarda un paciente, aproximadamente, para acceder con un especialista de salud mental?
- ¿Se realiza demanda inducida para dar a conocer los programas de atención en salud mental por parte de la EPS?
- ¿Cuál es la atención y el tratamiento que les dan a los pacientes que ingresan con intento suicida?